

Динамика показателей IPSS и QoL, а также эректильной и эякуляторной функций представлена в таблице 2.

Таблица 2. Динамика показателей после хирургического лечения

Ме [Q25%; Q75%]						
Показатель	ТУР		ОАЭ		ЗАЭ	
	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес
Сумма баллов IPSS	2,8 [2; 4]	2,6 [2; 3]	10,8 [7; 15]	2,8 [2; 4]	2,6 [2; 3]	2,8 [2; 4]
p	0,4234*	0,3837*	<0,0001	<0,0001	0,3981*	0,3751*
Индекс QoL, баллы	0,7 [0; 1]	0,7 [0; 1]	2,7 [4; 5]	0,8 [0; 1]	0,7 [0; 1]	1,2 [0; 1]
p	0,7154*	0,8497*	<0,0001	<0,0001	0,6881*	0,4341*
ПЕФ, баллы	21 [18; 22]	21 [17; 22]	19 [16; 23]	21 [17; 22]	20 [16; 23]	20 [17; 24]
p	0,7854*	0,7791*	0,8997*	0,3635*	0,9438*	0,9571*
MSHQ-EjD, баллы	6 [4; 7]	6 [4; 8]	5 [3; 6]	6 [4; 7]	7 [5; 8]	7 [5; 9]
p	0,9121*	0,9139*	0,9294*	0,9121*	0,9213*	0,9305*

* Статистически незначимое различие между двумя соседними сроками

В целом, результатами лечения удовлетворены 93,1% (169), не удовлетворены – 6,9% (4).

В группах отмечена следующая динамика показателей: В I группе пациенты отмечали сохранение умеренной обструктивной симптоматики в 6,8% (9) случаев, гиперактивности – в 5,3% (7), эректильной/эякуляторной дисфункции – в 3% (4) случаев. Во II группе обструктивные симптомы отмечали 14,8% (4), гиперактивность – 7,4% (2) и эректильную/эякуляторную дисфункцию – 7,4% (2). В III группе обструктивные симптомы отметили 15,4% (2), гиперактивность – 7,7% (1), эректильную/эякуляторную дисфункцию – 7,7% (1).

Заключение. Проведенное нами исследование убедительно демонстрирует высокий уровень качества жизни пациентов после различных методов хирургического лечения ДГПЖ через 12 месяцев после операции. Превосходство показателей качества жизни после ТУР над классическими методиками связаны как с малой инвазивностью, так и степенью тяжести заболевания в момент обращения. Классические хирургические методики применяются при тяжелой степени ДГПЖ, сопровождаемой большими объемами железы и выраженной как обструктивной, так и гиперактивной симптоматикой.

Литература

1. Пасечников С.П., Возианов С. А., Лесовой В. Н. [и др.] ; Урология : под ред. С. П. Пасечникова. – Изд. 2-е. – Винница : Нова Книга, 2015. – 455 с.
2. UK NHS. Hospital Episode Statistics. 2010. URL: <http://www.hesonline.nhs.uk>.
3. UK NHS. Reference Costs. 2010. URL : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_111591.
4. Gravas S., Bach T., Bachmann A., Drake M., Gacci M., Gratzke C., Madersbacher S., Mamoulakis C., Tikkinen K.A.O., et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) - Limited Update March 2016. // 53 p.
5. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al. AUA Guideline: Management of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) 2010 | Reviewed and validity confirmed 2014. // American Urological Association Education and Research, Inc. -496 p.
6. Hareendran A, Abraham L. Using a treatment satisfaction measure in an early trial to inform the evaluation of a new treatment for benign prostatic hyperplasia. Value Health 2005; 8: - P 35–40.
7. Hong SJ, Rayford W, Valiquette L, Emberton M. The importance of patient perception in the clinical assessment of benign prostatic hyperplasia and its management. BJU Int 2005; 95: 15–9.
8. Kaplan S, Naslund M. Public, patient, and professional attitudes towards the diagnosis and treatment of enlarged prostate: a landmark national US survey. Int J Clin Pract 2006; 60: 1157–65.
9. Rosen R, Altwein J, Boyle P et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol 2003; 44: 637–49.
10. Stoevelaar HJ, Van De Beek C, Casparie AF et al. Treatment choice for benign prostatic hyperplasia: a matter of urologist preference? J Urol 1999; 161: 133–8.

ЭТАПЫ ОСВОЕНИЯ НОВЫХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ

Я.С. Березницкий^{1,2}, Р.Н. Молчанов^{1,2}, Р.В. Дука^{1,2}

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», кафедра хирургии №1

²Многопрофильная клиника современной хирургии «Гарвис», г. Днепропетровск

Современное развитие хирургических специальностей неразрывно связано с применением малоинвазивных методик лечения. Преимущества использования лапароскопических технологий в хирургии и урологии доказаны значительным опытом их применения и результатами лечения. При

этом методики постоянно совершенствуются, что требует от хирурга также постоянного улучшения своих знаний и практических навыков [1, 2]. В современных статьях и руководствах даются рекомендации по освоению отдельных стадий обучения, при этом нет описания четкого регламентированного плана подготовки от начального этапа до самостоятельно выполненного оперативного вмешательства.

Цель работы: разработать методику освоения лапароскопических вмешательств в хирургии и урологии, позволяющей подготовить специалиста качественному их выполнению.

Материалы и методы: начальный этап освоения техники выполнения лапароскопических вмешательств проводили в условиях учебного центра, созданного в ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», на кафедре хирургии №1. Центр оборудован четырьмя полноценными рабочими местами, каждое из которых состоит из лапароскопических стоек с полным набором оборудования производства Karl Storz, тренажеров. Дальнейшие фазы обучения осуществляли на базе ведущих урологических и хирургических клиник Германии, в тренировочном центре [Medizin im Grünen](http://www.medizin-im-gruenen.de) (www.medizin-im-gruenen.de), клинике хирургии №1 ГУ «ДМА МЗО Украины», многопрофильной хирургической клинике «Гарвис».

Результаты и их обсуждение: освоение техники лапароскопической операции проводили в 2 этапа. Первый, **индивидуальный**, состоял из нескольких стадий, на которых обучающийся осваивал теоретическую часть, включающую изучение анатомо-физиологические основы операции, показания, противопоказания, этапы операции, освоение базовых навыков. Для данного этапа использовались руководства, монографии, видеоматериал, доступный на ресурсах WebSurg, YouTube, сайтах Европейских и Всемирных ассоциаций специалистов соответствующих специальностей. При использовании видеоматериалов учитывалась избирательность восприятия видеоматериала в зависимости от опыта работы хирурга [3].

Известно, что изучение новой техники не дает результатов, если нет опыта работы в этой области и технических навыков [4]. В основу программы обучения базовых навыков была положена методика, предложенная К.В. Пучковым и соавт. (2002, 2004), в которую мы внесли некоторые изменения [5,6]. Отработку базовых навыков осуществляли на стандартных тренажерах для лапароскопических манипуляций, и, затем, на Р.О.Р. (Pulsating Organ Perfusing) системах с использованием органокомплексов свиньи.

После успешного прохождения 72 часового курса освоения базовых навыков приступали к следующему, **командному** этапу подготовки, важной особенностью которого является одновременное участие команды специалистов, принимающих непосредственное участие в оперативном вмешательстве. Минимальный состав такой команды - 2 хирурга, анестезиолог, операционная сестра. Стадии данного этапа включают отработку техники оперативного вмешательства в тренировочном центре *in vivo* на животных под руководством эксперта в данной технологии, посещение ведущих клиник и ассистенции, в процессе которых проводится сбор информации об организационных и технических деталях изучаемого оперативного вмешательства. Важным мероприятием данного этапа являются мастер-классы ведущих экспертов. После теоретического и практического освоения необходимых навыков следует цикл, включающий ассистенции, просмотр видеоматериалов и отработку техники операции на тренажерах общей длительностью 70-90 часов.

После выполнения первых 10-15 оперативных вмешательств обязательна краткосрочная стажировка под руководством эксперта для получения рекомендаций по предотвращению осложнений и тактике действий в сложных технических ситуациях.

В течение 4 лет с использованием разработанной методики освоения нового оперативного вмешательства успешно внедрены в рутинную практику лапароскопические оперативные вмешательства на предстательной железе, почке, мочеточниках, желудке, толстом кишечнике а также при лечении морбидного ожирения.

Выводы:

1. Залогом успешного освоения новых оперативных вмешательств с использованием лапароскопической технологии состоит из индивидуального и командного этапов, организованных на принципе «от простого к сложному».

2. Краеугольным камнем обучения лапароскопической технологии является отработка базовых навыков с использованием тренажеров.

2. Основними принципами підготовки спеціаліста к виконанню лапароскопічної операції являються послідовність, командна робота, експертний контроль і постійне удосконалення.

Література:

1. Преподавание лапароскопической хирургии в рамках программы постдипломного обучения / С.А. Афендулов, Ю.М. Шептунов, В.В. Заркуа [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – №2. – С. 6-7.
2. Программа обучения эндохирургии – опыт 4 лет / Б.В. Крапивин, И.В. Ступин, А.А. Давыдов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – №1. – С. 32-33.
3. Do you see what i see? How we use video as an adjunct to general surgery resident education / J. M. Abdelsattar, T. K. Pandian, E. J. Finnesgard [et al.] // J. Surg Educ. – 2015. – Vol.72, N6. – P.145-150.
4. Andresen, K. Difficulties and problematic steps in teaching the onstep technique for inguinal hernia repair, results from a focus group interview
5. K. Andresen, J. Laursen, J. Rosenberg // Surg Res Pract. – 2016. – Vol. 2016. 4787648
6. Пучков К.В. Ручной шов в эндоскопической хирургии / К.В. Пучков, Д.С. Родиченко. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2004. – 140 с.
7. Ручной шов в лапароскопической хирургии: путь улучшения программы обучения / К.В. Пучков, Д.С. Родиченко, В.Б. Филимонов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – №3. – С. 49.

**ВИКОРИСТАННЯ ГОЛЬМІЄВОГО ЛАЗЕРА
В ЛІКУВАННІ СТРИКТУР СЕЧОВОДУ**

Ю.Б. Борис¹, С.М. Пасічник¹, Б.Ю. Борис², Т.Г. Кльофа³

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Львівська обласна клінічна лікарня

³Військово – медичний клінічний центр західного регіону, клініка урології та гінекології

Лікування первинних і вторинних стриктур сечоводу спричинених ятрогенними ушкодженнями внаслідок перенесених гінекологічних операцій, уретеролітомій або пієлопластик з використанням шовного матеріалу, який не розсмоктується, тривала компресія стінки сечоводу каменем з утворенням в цьому місці бульозного набряку в подальшому з утворенням стриктури, є складною проблемою в сучасній урології. [1; 2; 3; 4; 6] Стриктури та облітерації сечоводу довжиною більше 3 см зустрічаються в урологічній практиці вкрай рідко. Наявність таких стриктур неможливо усунути шляхом балонної дилатації, або бужуванням сечоводів пластиковими бужами, тому найбільш ефективним та дієвим методом лікування є застосування гольмієвого лазера. [5] У випадках стриктур сечоводу, які виникли після операцій на сечоводах із використанням шовного матеріалу, що не розсмоктується, можливе утворення так званих „лігатурних каменів”, каменів які являють собою інкрустацію шовного матеріалу солями, які містяться в сечі. Застосування гольмієвого лазера дозволяє розсікати звужені ділянки сечоводу та провести дроблення каменя. Застосування таких оперативних втручань немає на сьогодні альтернативних варіантів.

Мета роботи – вивчити ефективність ендоскопічного лікування хворих із набутими і вродженими стриктурами ВСВШ шляхом порівняння ефективності використання гольмієвого лазера, „холодного” ножа, бужування стриктури пластиковими уретеральними бужами.

Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні завдання:

1. Дослідити ефективність використання пластикових уретеральних бужів у хворих із стриктурами сечоводів різної етіології.
2. Вивчити ефективність застосування „холодного” ножа в лікуванні хворих із стриктурами сечоводів.
3. Вивчити ефективність використання гольмієвого лазера у хворих із стриктурами сечоводів різної етіології.

Матеріал та методи дослідження. Для лікування хворих основної групи використовували гольмієвий лазер *Calculase* фірми Storz довжиною хвилі 2,09 мкм. більш детально зупинимося на технічних характеристиках цього лазера та принципах його роботи.

Для бужування стриктур сечоводу нами використовувались пластикові бужі фірми BARD Fr 6-12, а також „холодний” ніж фірми Storz для розсічення стриктур сечоводу.

Ми оцінювали протяжність стриктури відповідно до дефекту наповнення сечоводу на внутрішньовенній урограмі, у випадках наявних нефростомічних дренажів ми проводили антеградну урографію. Під час уретероскопії через робочий канал уретерореноскопу ми вводили розведений у співвідношенні 1:3, 76%-ний розчин верографіну, для оцінки прохідності сечоводу. Введення волокна гольмієвого лазера проводилось ретроградним шляхом.